ITEM 118 : LA PERSONNE HANDICAPÉE : BASE DE L'ÉVALUATION FONCTIONNELLE ET THÉRAPEUTIQUE

Handicap (définition législative) = toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société, subie dans son environnement par une personne, en raison d'une altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques.

DÉFINITION	= **Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF)** : - **Déficience = déficit clinique** : altération de la fonction organique ou de la structure anatomique. - **Limitation d'activité** = **incapacité** (fonctionnelle) : difficulté à réaliser une activité (locomotion, communication, soins personnels, activité de la vie courante, contrôle sphinctérien). - **Restriction de participation** = **handicap** : conséquence sur la participation à la vie sociale (personnelle, familiale, professionnelle, loisirs et activités sociales…)		
	Facteurs contextuels	= Influence sur les activités et la participation : - **Facteurs environnementaux** : conditions de vie, entourage ou niveau de ressource du patient. - **Individuels** : environnement immédiat, domicile, lieu de travail ou école. - **Sociétaux** : structures sociales, services, règles de conduite… - **Facteurs personnels** : caractéristiques de la personne (âge, sexe, condition physique…)	
LÉGISLATION	= **Loi du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances : dignité, non-discrimination, libre choix du projet de vie. - **Droit à la compensation** pour les personnes handicapées (PCH : prestation de compensation du handicap) : aides humaines, techniques, aménagement du logement/véhicule, compléments de ressources, aides pour la scolarité ou le travail… - **Accessibilité** dans tous les lieux **pour tous.** - Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (**CNSA**), en national, et Maison Départementale des Personnes Handicapées (**MDPH**), en local, évaluent et établissent la **PCH.**		
	CNSA	= **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie** : au niveau national.	
	MDPH	= **Maison Départementale des Personnes Handicapées** : au niveau local, chargé de l'accueil, de l'information, de l'accompagnement et des conseils des personnes handicapées, et de l'accès aux différentes aides par l'intermédiaire de la **Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées** (CDAPH). - Équipe pluridisciplinaire chargée d'évaluer les besoins de compensation de la personne handicapée, et de proposer un **Plan de compensation du handicap.**	
		Missions de la CDAPH	- Mesures **d'insertion** et **d'orientation scolaire** et **professionnelle.** - Désignation des **structures d'accueil** correspondant aux besoins de la personne. - Attestation de **Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).** - Attribution des **aides** et **allocations** : Allocation Adulte Handicapée (**AAH**), Prestation de compensation du handicap (**PCH**), Carte mobilité inclusion (**CMI**).

ÉVALUATION DU HANDICAP

DÉFICIENCE

Définition

Altération d'une fonction ou d'une structure anatomique.

Déficience articulaire

- **Limitation des amplitudes articulaires** (mesurée par un goniomètre) selon une position de base (défini le zéro) = position de référence.
- **Conventions d'écriture des degrés de liberté** :
  - **1 DDL** : extension puis flexion (ex pour un genou : 0/140) ; si anomalie type recurvatum du genou (excès d'extension) on l'écrit avant l'extension (ex pour recurvatum de 10° : 10/0/140) ; si anomalie type flessum du genou (impossibilité d'extension complète, par ex 15° : 0/15/140).
  - **2 DDL** : flex/ext/abd/add.
  - **3 DDL** : flex/ext/abd/add/RE/RI.

Ordres de grandeur des amplitudes physiologiques des principales articulations

Articulation	Mouvements analytiques	Amplitudes physiologiques dans le plan anatomique	Remarques
Membre supérieur			
Complexe épaule (articulation gléno-humérale + scapulo-thoracique + acromio-claviculaire + sterno costo-claviculaire)	Antépulsion/rétropulsion	160-180°/40-50°	Les amplitudes de rotations sont plus importantes bras en abduction
	Abduction/adduction	160-180°/20-40°	
	Rotation externe/interne	45-70°/30-50°	
Articulation gléno-humérale seule	Antépulsion/rétropulsion	60–80°/10–20°	
	Abduction/adduction	60–80°/10–20°	
	Rotation externe/interne	20–30°/20–30°	
Coude et avant-bras	Flexion/extension	140–170°/0°	
	Pronation/supination	90°/80–90°	
Poignet	Flexion/extension	80–90°/70–80°	Flexion palmaire/flexion dorsale
	Inclinaison radiale/ulnaire	20–40°/45–50°	
Métacarpophalangienne	Flexion/extension	90°/45–60°	
Interphalangiennes	Flexion/extension	80–90°/0–10°	
Membre inférieur			
Hanche	Flexion/extension genoux tendus	90°/5–10°	Les amplitudes de rotations sont plus importantes hanches et genoux fléchis
	Flexion/extension genoux fléchis	120–140°/5–10°	
	Abduction/adduction (+ flexion)	40–45°/10–20°	
	Rotation externe/interne	45°/35°	
Genou	Flexion/extension	120–140°/0–5°	
Cheville	Flexion/extension	20–30°/30–50°	Flexion dorsale/flexion plantaire

Différentes formes anatomiques des articulations du corps

Nom du type articulaire	Nombre de degrés de liberté
Arthrodie	1
Trochléenne	1
Trochoïde	1
Condylienne	2
Toroïde (selle de cheval)	2
Énarthrose	3

	Déficience sensorielle *(Détaillée dans la fiche LiSA)*		- **Épreuve de Weber** : diapason posé sur le vertex (surdité de perception unilatérale = son perçu plus fort dans l'oreille saine ; surdité de transmission unilatérale : son perçu plus fort dans l'oreille sourde). - **Épreuve de Rinne** : diapason posé sur la mastoïde puis en face du conduit auditif externe (son mieux perçu en conduction aérienne qu'en conduction osseuse = Rinne dit positif = normal ou surdité de perception ; son mieux entendu en conduction osseuse qu'en conduction aérienne = Rinne dit négatif = surdité de transmission). - **Audiométrie tonale :** stimulations sonores par des sons purs de fréquence (Hz) et intensité (dB) variables. - **Audiométrie vocale :** stimulations sonores par des sons complexes signifiants (mots monosyllabiques ou bisyllabiques, phrases) ou non signifiants (logatomes). - **Impédancemétrie** : mesure de l'impédance de l'oreille moyenne. - **Chez enfant** : Potentiels évoqués auditifs précoces automatisés (réalisés en néonatalogie), audiométrie comportementale (avant l'âge de 10 mois), audiométrie par réflexe conditionné (entre 10 mois et 5 ans), audiométrie classique (à partir de 5 ans), test objectifs potentiels évoqués auditifs précoces et otoémissions acoustiques possibles à tout âge.
	Déficience motrice	**Testing musculaire**	- **0** : Contraction nulle. - **1** : Contraction perceptible sans mouvement. - **2** : Mouvement complet sans la pesanteur ou partiel contre pesanteur. - **3** : Mouvement complet contre la pesanteur. - **4** : Mouvement complet contre résistance. - **5** : Force normale.
		Score de spasticité d'Ashworth	- **0** : Aucune hypertonie. - **1** : Légère hypertonie avec stretch reflex ou minime résistance en fin de course. - **2** : Hypertonie avec stretch reflex et résistance en 1re moitié de course. - **3** : Augmentation importante du tonus musculaire durant toute la course, mais le segment reste facilement mobilisable. - **4** : Augmentation considérable du tonus musculaire, mouvement passif difficile. - **5** : Hypertonie majeure, mouvement passif impossible.
		Échelle d'Ashworth modifiée *(Présent dans l'autre partie de l'item 118 dans le collège de MPR 2024)*	- **0** : Pas d'augmentation du tonus musculaire. - **1** : Augmentation discrète du tonus musculaire se manifestant par un ressaut suivi d'un relâchement ou par une résistance minime à la fin du mouvement. - **1+** : Augmentation discrète du tonus musculaire avec un ressaut suivi d'une résistance minime perçue sur moins de la moitié de l'amplitude articulaire. - **2** : Augmentation plus marquée du tonus musculaire touchant la majeure partie de l'amplitude articulaire, l'articulation pouvant être mobilisée facilement. - **3** : Augmentation importante du tonus musculaire rendant la mobilisation passive difficile. - **4** : Articulation concernée fixée en flexion ou en extension (abduction ou adduction).
		Score ASIA	American Spinal Injury Association pour les lésions médullaires.
	Déficience cognitive		Définitions : - **Déficience cognitive** = altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions cognitives (attention, mémoire, les fonctions exécutives, le langage…) donc inclus les tb développementaux (tb « dys »), les tb envahissant du développement, tb du spectre de l'autisme et les déficits cognitifs acquis. - **Attention** : fonction permettant de sélectionner une information et de la maintenir dans le champ de la conscience. - **Gnosies** : capacités à percevoir un objet grâce aux différents sens (vision, ouïe, toucher), et de le reconnaître. - **Praxies** : capacités à exécuter des mouvements simples ou séquences de mouvements de façon volontaire. - **Fonctions exécutives** : fonctions cognitives élaborées permettant la gestion des comportements et l'organisation. Tests : - **MMSE** (*Mini Mental State Examination*) **de Folstein :** évaluation cognitive globale rapide. - **MOCA :** dépistage rapide d'une détérioration intellectuelle après AVC. - **5 mots de Dubois** : mémoire épisodique. - **Test de fluence** (langage). - Évaluation d'une fonction cognitive particulière : **BREF** (fonctions exécutives frontales : AVC antérieur, SEP, démence fronto-temporale…)
	Douleur		- **Échelle visuelle analogique (EVA)** : auto-évaluation quantitative sur réglette graduée de 0 à 10 (± indicée : gradation de couleurs pour les aphasiques). - **Échelle verbale simple (EVS)** en l'absence de troubles cognitifs : de 0 (douleur absente) à 4 (douleur extrêmement intense). - **Échelle numérique (EN)** en l'absence de troubles cognitifs : de 0 (absence de douleur) à 10 (douleur insupportable). - **Questionnaire DN4** en cas de douleurs neuropathiques (score sur 10, DN si ≥ 4). - Échelles comportementales en cas de troubles cognitifs : **DOLOPLUS 2**…

<table>
<tr><td rowspan="11">LIMITATION D' ACTIVITÉ</td><td rowspan="9">Échelles génériques</td><td colspan="3">= Mesure du retentissement fonctionnel global sur les tâches de la vie quotidienne, si possible en milieu réel = au plus proche de la réalité quotidienne du patient (« évaluation écologique »).</td></tr>
<tr><td colspan="2">Échelle de Rankin</td><td>= Principalement utilisée dans les séquelles neurologiques motrices des AVC.
- 0 : Aucun symptôme.
- 1 : Symptômes sans incapacité significative : capable d'assumer ses rôles et de mener ses activités.
- 2 : Légère incapacité : incapable de mener à bien toutes ses activités antérieures, mais capable de mener ses propres affaires sans assistance.
- 3 : Incapacité modérée : nécessite certaines aides, capable de marcher sans assistance.
- 4 : Incapacité modérément sévère : incapable de marcher sans assistance, incapable de s'occuper de ses propres besoins sans assistance.
- 5 : Incapacité sévère : confiné au lit, incontinent, nécessite une attention et des soins de nursing constants.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Index de Barthel</td><td>= Évaluation de 10 activités : de 0 (dépendance totale) à 100 (aucune dépendance).
- Activités évaluées : alimentation, toilettes, habillage, vessie, selles, utilisation des WC, transferts lit-chaise, ambulation et escaliers.
➝ Ne prend pas en compte les fonctions cognitives et comportementales.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF)</td><td>= Évaluation de 18 activités, selon 7 niveaux de 1 (aide totale) à 7 (indépendance complète) : largement utilisée.
- Activités : soins personnels, contrôle des sphincters, mobilité et transferts, locomotion, communication et conscience du monde extérieur.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Échelle ADL de Katz</td><td>= Activités basiques de la vie courante : 6 activités de 0 (autonome) à 3 (dépendant).
- Soins corporels, habillement, toilettes, transfert, continence et alimentation.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Échelle IADL de Lawton</td><td>= Activités instrumentales de la vie courante : utilisée en cas de troubles cognitifs, notamment en gériatrie.
- Activités : capacité à utiliser le téléphone, les moyens de transport et gérer son budget et responsabilité pour la prise des médicaments.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Grille AGGIR</td><td>= Autonomie Gérontologique – Groupes Iso-Ressources : selon 10 activités, cotées selon 3 niveaux A (fait seul), B (fait partiellement) ou C (ne fait pas) : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacement intérieurs et extérieurs, communication à distance (alerter).
- GIR 1 : Confiné au lit ou fauteuil, fonctions intellectuelles gravement altérées, nécessité d'une présence continue d'intervenants.
- GIR 2 : Confiné au lit ou fauteuil, fonctions intellectuelles non totalement altérées, nécessité d'une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ou Fonctions intellectuelles gravement altérées avec capacité de se déplacer.
- GIR 3 : Autonomie locomotrice partielle, fonctions intellectuelles normales, nécessité d'une aide quotidienne plusieurs fois par jour pour l'autonomie corporelle.
- GIR 4 : N'assume pas seul les transferts, mais peut se déplacer une fois levé, parfois nécessité d'aide pour la toilette, l'habillage et les repas.
- GIR 5 : Nécessité d'aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
- GIR 6 : Autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.
➝ Utilisée > 60 ans pour évaluer le niveau d'aide nécessaire : APA si GIR 1 à 4.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Échelles spécifiques (d'une f^t ou d'une maladie)</td><td colspan="3">= D'une fonction ou d'une maladie.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Marche</td><td>Échelle d'équilibre de Berg</td><td>= Performance de 14 mouvements habituels, côté de 0 à 4, sur 56.
Utilisé en cas d'ataxie (neuropathie, atteinte vestibulaire…)</td></tr>
<tr><td>Get up and go test</td><td>= Évaluation de l'équilibre dynamique, du passage de la position assise à l'orthostatisme, de la marche et du changement de direction ; complémentaire de l'échelle de Berg.
Analyse de l'équilibre : compétence du kinésithérapeute.</td></tr>
<tr><td>Test des 6 minutes</td><td>= Distance maximale parcourue par le sujet en 6 minutes.
- Contre-indication : IDM < 1 mois, angor stable, HTA non contrôlée, insuffisance respiratoire décompensée.</td></tr>
<tr><td>Préhension</td><td colspan="2">- Phase de saisie = prise bidigitale (pince pollici-digitale), polydigitale (tridigitale = tenue de stylo…) et proximale palmaire ou digito-palmaire (objets volumineux) : 0 (impossible), 1 (perturbé), 2 (efficace, mais mal réalisé) ou 3 (normale).
- Phase de transport.
- Tests de dextérités : box and block test…
Analyse de la préhension : compétence de l'ergothérapeute.</td></tr>
</table>

		- **Indice fonctionnel de la main de Cochin** (IFMC) : main rhumatoïde et arthrosique. - ***Health Assessment Questionnaire*** (HAQ) : polyarthrite rhumatoïde et autres maladies rhumatismales. - **Indice algofonctionnel de Lequesne** : coxarthrose ++ (objectif = mesurer les répercussions douloureuses et ft^{elles} avec un score de 0 = normal à 24 = douleur et incapacité maximale) - **Échelle de Borg** : limitation respiratoire (perception de l'effort). - **EDSS** dans la SEP.
RESTRICT° DE PARTICIPATION		- Évaluation du handicap = fait référence au retentissement social de la maladie, en f^{t} des **projets de vie.** - **Mode de vie habituel** : type de domicile, profession, loisirs… repose sur **l'interrogatoire** et peu sur les échelles ++. - **Qualité de vie** : . Ressentie par le sujet et perception des tiers. . Échelles génériques : ***WHO-QOL** : *World Health Organisation Quality of Life.* ***Nottingham Health Profile.*** ***Questionnaire SF36.*** - Échelle clinique (peu utilisée) : ***London Handicap Scale***…

COMPENSATION DU HANDICAP

AIDES HUMAINES	**Infirmier et aide-soignant à domicile**	- Pansements, sondages urinaires, soins de trachéotomie, surveillance de la prise du traitement, aide à la toilette et à l'habillage… - Prise en charge par l'Assurance Maladie sur prescription médicale. ± Mutuelle.
	Tierce personne	= **Auxiliaire de vie** ou **membre de la famille**. - Aide pour les actes de la vie quotidienne : toilette, habillage, prise des repas… - < 60 ans : **PCH** par la MDPH. - > 60 ans : **APA** par le conseil général selon GIR et ressources.
	Aide ménagère	- Entretien, courses, confection des repas. - Financement autre. - À la charge. - **APA** ou **aide départementale** parfois.
	Portage des repas	- Repas à domicile. - Financement autre. - Participation **PAP** ou **APA** dans certains cas.
	Hospitalisation à domicile (HAD)	= Si soins complexes et/ou techniques. - Prise en charge par l'Assurance Maladie sur prescription médicale.
	Service d'accompagnement	- **SAMSAH** = **Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés** : < 60 ans, orientation MDPH si accompagnement et coordination nécessaire. - **SAVS** = **Service d'accompagnement à la vie sociale.**
AIDE TECHNIQUE	Pris en charge par l'Assurance Maladie	= **Liste des produits et prestations remboursables (LPPR)** : lit médicalisé, chaise garde-robe, lève-malade, matelas anti-escarre, fauteuil roulant (manuel ou électrique), canne, déambulateur. ➝ Remboursement par la CPAM sur prescription médicale.
	Non pris en charge par l'Assurance Maladie	= Barres d'appui, rehausseur de cuvette de toilettes, siège pivotant de baignoire, aide informatisée à la communication, système de télé-alarme… ➝ Participation possible de la MDPH ou de l'APA selon l'âge.
AIDES FINANCIÈRES	**Pension d'invalidité**	= Par la **Sécurité Sociale (CPAM)** : personnes < 60 ans ayant exercé une activité salariée en quantité suffisante avec une capacité de travail et de gain réduite de **≥ 2/3**. - Catégorie : . **1** = Activité professionnelle adaptée possible ➝ **30 %** du salaire annuel moyen. . **2** = Activité professionnelle impossible ➝ **50 %** du salaire annuel moyen. . **3** = Majoration pour l'assistance d'une tierce personne. ± **Allocation supplémentaire d'invalidité** si faibles revenus. ➝ Hors accident du travail/maladie professionnelle : **rente d'incapacité permanente.**
	Allocation adulte handicapé	= Par la **MDPH** : personnes de moins de 60 ans n'ayant jamais ou insuffisamment travaillé. - Conditions : . Taux d'incapacité **≥ 80 %.** . Taux d'incapacité **≥ 50 %** avec restriction sévère et durable de l'accès à l'emploi.
	Prestation de compensation du handicap	= Par la MDPH : personnes **< 60 ans** ayant des difficultés absolues pour la réalisation de ≥ 1 activité ou des difficultés graves pour la réalisation de ≥ 2 activités. - Remboursement à 80 ou 100 % (selon les ressources) **d'aides humaines**, **d'acquisition de matériel**, ou **du véhicule** ou **d'aide animalière.**
	Allocation personnalisée d'autonomie	= Par le **Conseil général** : personnes > 60 ans, selon les besoins évalués en dépendance par la grille AGGIR ➝ GIR 1 à 4**,** évalué par une équipe médico-sociale avec visite au domicile. - Montant selon les ressources et le GIR.

	Autres		- **Allocation logement** par la **CAF.** - **Assurances privées** : indemnisation en cas de tiers responsable ou assurance personnelle préalable. - **Indemnisation pour réparation du préjudice** : après recours pénal à la suite d'un accident ou d'un dommage.
ACCESSIBILITÉ	Accessibilité du logement		- Possibilité de déplacement en fauteuil roulant : largeur de portes, plan incliné, ascenseur… - Possibilité de déambulation avec cannes ou déambulateurs. - Aménagement des toilettes et de la salle de bain. - Hauteur de lit, facilité d'ouverture de certaines portes, contrôle de l'environnement (domotique). ➞ Aide possible par la PCH de la MDPH.
	Accessibilité de la ville		= Loi du 11 février 2005 : obligations en matière d'accessibilité extérieure et intérieure des villes, des lieux recevant du public et des transports.
DÉPLACEMENT	**Conduite automobile**		= Arrêté du 28 mars 2022 : liste des affections et incapacités incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire (véhicule léger ou lourd) ou donnant lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée. - **Permis BF** (aménagement spécifique) ou **BEA** (embrayage automatique). - Avis de la **Commission départementale du permis de conduire** (ou d'un médecin agréé). - Aménagements possibles : boule au volant (conduite avec 1 bras), regroupement des commandes au volant (incapacité des MI), accès au véhicule pour personne en fauteuil roulant… - Aide financière possible : **PCH** de la MDPH ± **AGEFIPH ou FIPH** en cas d'objectif professionnel. - Modifications à signaler à l'assureur du véhicule.
STRUCTURE D' HÉBERGEMENT	**Adulte < 60 ans**		= Accès ouvert par décision de la MDPH, en fonction du niveau de dépendance.
		Foyer d'hébergement	= Gîte et couvert pour des travailleurs handicapés mentaux et physiques (en ESAT ou en entreprise adaptée).
		Foyers de vie ou foyers occupationnels	= Personnes handicapées ne pouvant pas travailler, mais ne nécessitant pas de soins constants.
		Foyer d'accueil médicalisé (FAM)	= Personnes handicapées très dépendants nécessitant des soins. - **Soins** pris en charge par l'Assurance Maladie. - **Hébergement** à la charge du pensionnaire ou de l'aide sociale départementale.
		Maison d'accueil spécialisée (MAS)	= Personnes handicapées totalement dépendantes. - Financement assuré par l'Assurance Maladie.
	Adulte > 60 ans		= Structure spécifique : . **Foyer-logement.** . **Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).** - Part restant à la charge de la personne plus importante.
ORIENTATION PROFESSIONNELLE	*Organismes concernés*	**MDPH**	= Aide à l'orientation, la formation et le reclassement professionnel des personnes handicapées. - Orientation : . **Milieu ordinaire de travail** ± **formation** ou **aménagement du poste de travail.** . Milieu protégé : **Établissements et Services d'Aide par le Travail** (ESAT). - **Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH).**
		RQTH	= **Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé** : attribué par la CDAPH. - Accès facilité à la fonction publique (concours aménagé ou recrutement contractuel spécifique). - Aides de l'AGEFIPH, aide à la formation. - Pas d'obligation de déclaration à un employeur. - Soutien spécialisé à la recherche d'emploi (Cap Emploi…)
		AGEFIPH	= **Association pour la Gestion des Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées** : finance l'insertion professionnelle des personnes handicapées pour la fonction privée. - Reçoit les contributions des employeurs d'entreprises de ≥ 20 salariés n'ayant pas une proportion de 6 % de l'effectif handicapés.
		FIPHFP	= **Fond D'insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique.**
		SAMETH	= **Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés** : conseils juridiques et aides humaines financières et techniques, financé par l'**AGEFIPH.** - Sollicité par les entreprises privées, les établissements publics et travailleurs indépendants.
		Autres	- Organismes privés ou publics **: Cap Emploi, Pôle Emploi.**
	Retour au travail	Reprise de l'activité antérieure	- Après **avis du médecin du travail** ± **Aides éventuelles** (AGEFIPH ou FPH). ± Après une **période de mi-temps thérapeutique.**
		Changement d'activité	- Dans l'entreprise antérieure : **restriction d'emploi** ou **aménagement de poste**. - Dans une autre entreprise : aide par la CDAPH, parfois la CPAM, puis un **organisme d'insertion sur le marché du travail** (Pôle Emploi, Cap Emploi).

PRONOSTIC ET RÉCUPÉRATION FONCTIONNELLE

= Capacité des tissus à se modifier et s'adapter : concerne tous les tissus (système nerveux, muscles, cœur…)

ASPECTS NEUROLOGIQUES

= Possibilité de modification sur de longues durées d'activité de systèmes neuronaux associée à un comportement.
- Phénomènes liés à **l'apprentissage** (chez le sujet sain).
- Phénomènes de **récupération** et de **plasticité cérébrale secondaire** (après une lésion cérébrale).

Mécanismes

- **Régression du diaschisis** : levée progressive de la désactivation de structures saines distantes de l'aire lésée, mais possédant avec celle-ci des connexions anatomiques.
- **Phénomènes de vicariance** : capacité d'une fonction à en remplacer une autre, défectueuse, par l'utilisation de circuits neuronaux non utilisés et mobilisables.
- **Réorganisation de l'activité cérébrale locale** et **bi-hémisphérique.**

Exemple de l'AVC

→ 1re cause de handicap sévère de l'adulte et 3e cause de mortalité.
- Séquelles post-AVC : . À 6 mois : **80 %** de déficit moteur (du membre supérieur notamment).
. À 5 ans : **56 %** de déficit moteur, **35 %** d'aphasie, **10 %** de trouble de déglutition.
- Récupération d'une possibilité de marche dans **80 %** des cas ± aide technique (canne, orthèse).

Récupération et plasticité cérébrale

- **Récupération précoce** = 8 à 10 jours : **reperfusion** de la zone de pénombre ischémique et **résolution de l'œdème péri-lésionnel.**
- **Récupération tardive** : **plasticité cérébrale** → l'essentiel de la récupération se fait dans les **3 premiers mois**, et se poursuit jusqu'à **6 mois.**

Critères de mauvais pronostic en phase initiale

- Score NIHSS élevé > 16.
- Déficit moteur des 4 membres (lésion bilatérale ou du tronc cérébral).
- Asymétrie pupillaire.
- Score de Glasgow.
- **Index de Barthel** initial et progression entre J2 et J15.
- Facteurs aggravant le pronostic : hypertension, hyperthermie, hypoxie, hyperglycémie, troubles de déglutition, incontinence urinaire.
- Lésion anatomique : type (hématome ou infarctus), volume, localisation, nombre de lésions et anomalies préexistantes (leuco-encéphalopathie, micro-saignements).
- **Potentiels évoqués moteurs** : corrélé à la récupération de force.

Facteurs influençant le pronostic

- Âge.
- Comorbidité : poly-pathologie, diabète, cardiopathie ischémique et fibrillation atriale.
- Éléments cliniques péjoratifs : déficit postural, déficit complet du membre supérieur (aucune récupération à 6 mois si déficit complet à 3 semaines), déficit massif de la sensibilité profonde.
- Troubles cognitifs : héminégligence, anosognosie, aphasie, apraxie, démence.
- Dépression post-AVC.
- Entourage social et familial.
- Impact de la **rééducation** : **timing** (le + précoce possible) et **intensité.**

Exemple de la lésion médullaire

= **2000 cas/an** en France, principalement chez l'homme (3/1), jeune (50 % < 25 ans).

Facteurs pronostiques

→ Examen initial, à 72 h et à 1 semaine.
- **Score ASIA** :
  - Meilleure récupération pour les grades D.
  - Grade B : 1/3 de déficit moteur complet, 1/3 grade C, 1/3 grade D ou E.
  - Grade A : 10-15 % d'amélioration d'au moins un grade AIS, dont 2 % de récupération d'une motricité fonctionnelle à 1 an en dessous de la lésion.
- Cause : moins bonne récupération pour les étiologies traumatiques.
- Facteurs pronostiques favorables : épargne sacrée, zone de préservation partielle étendue, sensibilité à la piqûre préservée en dessous de la lésion.
- **Compensation** : amélioration fonctionnelle et de l'autonomie malgré la récupération absente, faible ou incomplète des déficits.